Suffolk County Department of Social Services
FCSA Child Care Bureau

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Este formulario debe ser completado y firmado por el solicitante/destinatario *SI* el solicitante/destinatario desea que el Departamento de Servicios Sociales comparta información relativa de su caso con un proveedor de cuidado infantil o abogado/representante, etc. Debe completar por separado un formulario para cada persona con que el solicitante/destinatario desee compartir su información.

Yo, _____, _____, _____
Nombre del Cliente | Número de Caso | Fecha de Nacimiento

por medio de la presente autorizo al Departamento de Servicios Sociales del Condado de Suffolk a divulgar la información que el Departamento tiene en referencia a mi caso a:

_____
Nombre

_____
Dirección

_____
Dirección

Esta autorización expirará automáticamente 90 días de la fecha en que se firmó a menos que se indique de otra manera aquí:

_____
Fecha de Expiración

_____
Firma del Cliente

_____
Fecha

CCB-6010-008 Spanish (Rev. 01/2015)

P.O. BOX 18100
HAUPPAUGE, NY 11788-8900

www.suffolkcountyny.gov/departments/socialservices
Child Care Unit Fax #: (631) 854-3331